

**Postulat Thierry Dubois et consorts – Tarif ambulatoire : soutenir le financement des activités chirurgicales transférées du stationnaire hospitalier vers l’ambulatoire**

*Texte déposé*

La facturation pratiquée dans le domaine stationnaire, du type *diagnosis related groups (DRG)* depuis 2012 correspond à un forfait unique qui englobe l’ensemble des prestations à charge de l’assurance obligatoire des soins dispensées durant un séjour hospitalier. Il est calculé à partir d’un prix de base — soit le coût moyen par genre de cas — et évolue chaque année.

Dans le canton de Vaud, le Département de la santé et de l’action sociale contribue largement aux négociations sur les valeurs du point DRG. Ce mode de financement s’inscrit dans un vaste contexte de réaménagement de tout le domaine hospitalier. Il vise à accroître l’efficacité dans le domaine des prestations... afin, notamment, de réduire les durées moyennes de traitement et de favoriser un transfert du stationnaire vers l’ambulatoire, aussi induit par l’évolution des technologies. La facturation des prestations dans le domaine stationnaire a donc eu sa révolution...

Il n’en est malheureusement rien pour l’ambulatoire. La tarification LaMAL, qui n’a pas évolué depuis 1996, est mal adaptée à cette évolution. Malgré un transfert d’activité vers l’ambulatoire de plus en plus important et qui contribue à une réduction globale des coûts, on constate une augmentation des primes d’assurance-maladie obligatoire. L’économie est exclusivement réalisée par le canton, qui « économise » le 55 % de la facture du séjour hospitalier qui est à sa charge. Les factures ambulatoires sont à 100 % à charge de l’assurance !

L’augmentation est plus marquée en Romandie et plus particulièrement dans le canton de Vaud, régulièrement cité en exemple pour la précocité et l’ampleur du virage effectué vers l’ambulatoire, par rapport aux cantons alémaniques. C’est essentiellement le domaine chirurgical qui offre le plus de possibilités de transfert des interventions du secteur stationnaire hospitalier vers l’ambulatoire.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la Confédération impose l’ambulatoire pour de nombreux types d’interventions, qui ne sont plus prises en charge en cas d’hospitalisation, et cela même pour les assurés qui bénéficient d’une assurance obligatoire de type semi-privée ou privée.

Certes, cette pratique permet des économies, mais comme l’ambulatoire ne permet pas de passer une nuit de surveillance à l’hôpital, le risque d’hospitalisation en urgence en cas de complication augmente considérablement. Le confort du patient et sa sécurité sont aussi menacés, car il n’est pas évident de rentrer à domicile quelques heures après une narcose, alors qu’il faut assurer l’antalgie par des médicaments puissants non dénués d’effets secondaires.

En outre, la tarification du catalogue de prestations n’a pas évolué et il n’est tout simplement pas possible, pour une clinique et pour certains chirurgiens, d’appliquer ce tarif qui est fortement déficitaire, comme l’ont manifesté les chirurgiens de la main, par exemple.

**L’ambulatoire, c’est l’avenir et nous devons redéfinir un cadre plus propice au financement des interventions chirurgicales transférées du stationnaire vers l’ambulatoire.**

C’est dans ce contexte que la Fédération des médecins et chirurgiens suisses (FMCH) et le consortium d’assureurs Santéuisse ont signé une convention instaurant une tarification des prestations sur la base de forfaits ambulatoires.

S’agissant d’un mode de facturation non inclus dans la convention générale régissant le tarif des prescriptions médicales (TARMED) ambulatoire, la LAMal instaure que les cantons sont l’autorité d’approbation.

La FMCH et l’association *santéuisse* ont demandé l’approbation du Conseil d’Etat du canton de Vaud pour deux conventions régissant des prestations de chirurgie oculaire et de chirurgie des varices

veineuses. Arguant une portée potentiellement nationale, le Conseil d'Etat a refusé de se prononcer tant que le Conseil fédéral ne prendrait pas position au sujet de ces conventions.

Le Conseil d'Etat pourrait étudier l'application de forfaits ambulatoires, comme la LaMal l'y autorise.

Ces forfaits pourraient inclure dans certains cas une surveillance de 24 heures, et une éventuelle reprise chirurgicale en cas de complication.

Afin de réduire la hausse des primes d'assurance-maladie obligatoire, le Conseil d'Etat devrait également étudier le principe d'une participation cantonale aux prestations chirurgicales, qui ne sont remboursées que si elles sont réalisées en ambulatoire.

Je pense que nous devons agir maintenant, raison pour laquelle j'ai l'honneur de demander que mon postulat soit renvoyé en commission afin que le Conseil d'Etat puisse préciser sa position et ses intentions sur ce sujet.

*Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures*

*(Signé) Thierry Dubois  
et 35 cosignataires*

### *Développement*

**M. Thierry Dubois (UDC) :** — Entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les forfaits calculés sur la base de groupes homogènes de patients — en anglais *diagnosis related groups* : soit forfaits DRG — forment le volet le plus ambitieux de la révision partielle de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) adoptée en 2007. La facturation des prestations dans les domaines stationnaires a donc connu sa révolution. Mais pour l'ambulatoire, il n'en est malheureusement rien : la tarification LAMal n'a pas évolué depuis 1996 et est mal adaptée à l'évolution. Malgré un transfert d'activités de plus en plus important vers l'ambulatoire, qui contribue à une réduction globale des coûts, on constate une augmentation des primes d'assurance-maladie obligatoire. En effet, le tarif d'une intervention pratiquée en ambulatoire est beaucoup plus économique que celui de la même opération pratiquée en hospitalisation, mais elle est à la charge complète de l'assurance-maladie, soit des assurés. L'économie est exclusivement réalisée par le canton, puisqu'il économise le 55 % de la facture du séjour hospitalier, qui est à sa charge.

C'est essentiellement le domaine chirurgical qui offre le plus de possibilités de transfert des interventions du secteur stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la Confédération impose l'ambulatoire pour de nombreux types d'interventions, qui ne sont donc plus prises en charge en cas d'hospitalisation, même pour les assurés qui bénéficient d'une assurance-obligatoire de type semi-privée ou privée.

Certes, cette pratique permet des économies, mais comme l'ambulatoire ne permet pas de passer une nuit de surveillance à l'hôpital, le risque d'hospitalisation en urgence en cas de complication augmente considérablement. Le confort du patient et sa sécurité sont aussi menacés, car il n'est pas évident de rentrer à domicile quelques heures après une narcose et alors qu'il faut assurer l'antalgie par des médicaments puissants, non dénués d'effets secondaires. En outre, la tarification du catalogue des prestations n'a pas évolué et, pour une clinique ou pour certains chirurgiens, il n'est tout simplement pas possible d'appliquer le tarif actuel, fortement déficitaire.

L'ambulatoire, c'est l'avenir ! Nous devons définir un nouveau cadre, plus propice au financement des opérations chirurgicales transférées du stationnaire vers l'ambulatoire. La Fédération des médecins et chirurgiens suisses (FMCH) et *santésuisse* ont demandé l'approbation du Conseil d'Etat du canton de Vaud pour deux conventions régissant des prestations de chirurgie oculaire et de chirurgie des varices veineuses. Arguant d'une portée potentiellement nationale, le Conseil d'Etat a refusé de se prononcer tant que le Conseil fédéral ne prendrait pas position sur ces interventions. Le Conseil d'Etat pourrait pourtant étudier l'application de forfaits ambulatoires, comme la LAMal l'y autorise. De tels forfaits pourraient inclure, dans certains cas, une surveillance de 24 heures et une éventuelle reprise chirurgicale en cas de complication.

Afin de réduire la hausse des primes d'assurance-maladie obligatoire, le Conseil d'Etat devrait étudier également le principe d'une participation cantonale aux prestations chirurgicales qui ne sont remboursées que si elles sont réalisées en ambulatoire. J'estime que nous devons agir maintenant. C'est la raison pour laquelle j'ai l'honneur de demander que le postulat soit renvoyé en commission, afin que le Conseil d'Etat puisse préciser sa position et ses intentions sur le sujet.

**Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.**